

ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ХЛАМИДИЙНОЙ И МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЙ У ПОЛОВЫХ ПАР

Рицук С.В., Мирский В.Е.

Северо-западный институт андрологии, Санкт-Петербург

Введение. В последние годы значительно возросла частота хронических форм уrogenитального хламидиоза и уреаплазмоза. Особые затруднения вызывает диагностика указанных инфекций у женщин и их партнёров в пределах половой пары, а также определение критериев их излеченности. Нередко клинико-лабораторные данные у половых партнёров являются противоречивыми, что затрудняет постановку диагноза и проведение дальнейших лечебных мероприятий [2].

Поэтому, целью настоящего исследования является анализ встречаемости наиболее информативных клинико-лабораторных тестов по хроническим формам хламидийной и микоплазменной инфекций у половых пар, а также анализ случаев установления диагноза указанных инфекций только у одного представителя половой пары.

Материалы и методы. Обследовано 490 женщин и 380 мужчин с различными нарушениями в мочеполовой системе, из которых 259 – в составе половых пар. Специфические IgG и IgA к хламидиям в сыворотке крови определялись с помощью тест-системы ИФА «ИммуноКомб» (Orgenics –Биоград). Для выделения ДНК патогенов из клинического материала использовалась ПЦР-тест-система «АмплиСенс» производства ЦНИИ Эпидемиологии МЗ РФ. Для культурального определения и количественного учёта микоплазм использовали тест-систему «MYCOPLASMA DUO» производства Sanofi diagnostics Pasteur. Выделение хламидий в половых путях женщин и мужчин осуществляли на превиваемых клетках L-929. Забор клинического материала для ПЦР и культуральных тестов у женщин осуществлялся преимущественно из цервикального канала и влагалища, реже – из уретры. У мужчин забор материала осуществляли путём взятия соскоба из уретры, а также исследовался секрет предстательной железы.

Результаты и обсуждение. При сравнении общей совокупности обследованных женщин и мужчин частота обнаружения *S. trachomatis*, *M. hominis* и *U. species* в ПЦР и культуральном тестах при хронических формах заболеваний была соответственно в 2, 9,5 и 2,6 раза реже у мужчин, чем у женщин. При анализе 259 половых пар, длительно (более 3 месяцев) ведущих половую жизнь без применения мужских механических средств защиты, были получены следующие результаты: количество пар с обнаруженным патогеном только у женщин, преобладало над количеством пар с идентификацией *S. trachomatis*, *M. hominis* и *U. species*, только у мужчин, соответственно в 1,6 раза, в 51 и 8,7 раза. Вызывает настороженность, что количество пар с выявленными возбудителями у обоих партнёров составляет 1,5%, 2,3% и 12,7%. Была также проанализирована хроническая органная инфекционная патология, наиболее часто встречающаяся при данных заболеваниях у женщин и их половых партнёров. Инфекционные процессы в органах мочеполовой системы в различных сочетаниях были диагностированы у 211 (81,5%) женщин и в 1,4 раза реже – у мужчин ($p<0,001$). Причём, единичные очаги инфекции встречаются редко. Как правило, часто имеется сочетание воспалительных процессов в смежных органах мочеполовой системы. В подавляющем большинстве случаев хроническая органная патология одного партнёра не оказывает существенного влияния на формирование инфекционных очагов другого. Исключение составил хронический уретрит, который достоверно чаще, чем в других группах диагностировался у мужчин - половых партнёров женщин с бактериальным вагинозом (45,5%) при $p<0,05$.

На следующем этапе была проанализирована динамика изменений клинико-лабораторных тестов по хламидийной и микоплазменной инфекциям у 53 половых пар с неподтверждённым этиологическим диагнозом у мужчин и подтверждённым у женщин (урогенитальный хламидиоз – у женщин 23 пар, уреаплазмоз – у 18, микоплазмоз (*M. hominis*) – у 12). Причём пары в течение нескольких лет вели регулярную половую жизнь, без применения презерватива.

Мужчины (в 24 парах) от лечения отказались, мотивируя свой отказ удовлетворительным общим самочувствием и отсутствием лабораторного подтверждения инфекции. В связи с этим терапию в одностороннем порядке получали только женщины. После её окончания в течение 4-х месяцев проводилась клинико-лабораторная оценка излеченности женщин. При этом половую жизнь с партнёрами они вели в этот период только с использованием презерватива. К концу 16-й недели, у всех женщин нормализовались все подтверждающие указанные инфекции лабораторные тесты. Клинические признаки также отсутствовали у всех пациентов. Втечение последующих 3-х месяцев половая жизнь у пар велась без применения презерватива. В конце периода наблюдения, клинически и лабораторно была диагностирована реинфекция у 24 женщин – половых партнёров непролеченных мужчин. Реинфекция диагностирована на основании появления положительной ПЦР, роста бактерий на питательных средах, серологических признаков обострения хламидийной инфекции, а также на основании появления острых и активации хронических воспалительных очагов. У остальных 29 пар (контрольная группа) с подтверждением диагноза только у женщин (хламидийной инфекции – 13, уреаплазменной – 10, микоплазменной (M. Hominis) – 6) лечение проводилось обоим партнёрам. У всех женщин, в течение 16 недель при половой жизни с применением презерватива, все подтверждающие по указанным инфекциям клинические и лабораторные тесты нормализовались. Это и негативация ПЦР в половых путях и IgA к хламидиям в сыворотке крови, и отсутствие роста микоплазм в культуральном тесте, положительная динамика со стороны инфекционных очагов в органах мочеполовой системы. Необходимо отметить, что, в отличие от предыдущей группы, в течение последующих 12-и недель после начала половой жизни без презерватива, не было ни одного случая появления клинико-лабораторных признаков реинфекции.

Полученные данные позволяют говорить о том, что клинические и лабораторные показатели, подтверждающие хроническую форму хламидийной и микоплазменной инфекций в пределах половой пары, могут варьировать и иметь место только у одного партнёра (чаще у женщины). В мочеиспускательном канале, как мужчин, так и женщин, в процессе хронизации инфекции не создаются благоприятные условия для длительного выживания хламидий и микоплазм. Об этом свидетельствует достаточно редкое их обнаружение с помощью качественных лабораторных тестов [1,5,6,7]. Это возможно из-за механического удаления мочой и эякулятом микроорганизмов, ограничения инфекции очагами фиброза, выраженной десквамации поражённого эпителия. Взятие для исследования секрета предстательной железы существенно не улучшает выявляемости данных микроорганизмов у мужчин [3]. Это может быть связано с особенностями строения простаты, очаговым характером воспалительного процесса, нарушением оттока секрета при массаже в пределах поражённых трубчато-альвеолярных желёз [4].

Выводы. Таким образом, впервые на клиническом материале было показано, что установление диагноза хронического урогенитального хламидиоза и уреаплазмоза у одного из половых партнёров при их продолжительной и регулярной половой жизни без презерватива, как правило, свидетельствует об инфицировании обоих партнёров и предполагает обязательное лечение пары.

Литература:

1. Кубась В.Г. Клинико-лабораторное обоснование постановки диагноза урогенитального хламидиоза у мужчин / В.Г. Кубась, С.В. Ришук, Д.Ф. Костючек // Ж. дерматовенерол. и косметол. – 2002. – № 1 – С. 56-59.
2. Ришук С.В. Половые пары и половые инфекции / С.В. Ришук, Д.Ф. Костючек. – СПб. Медицинская пресса. – 2005. – 272 с.
3. Сельков С.А. Методические проблемы диагностики урогенитального хламидиоза / С.А. Сельков, А.С. Есипов, Г.Н. Веденеева [и др.] // TERRA MEDICA – 2001. – Т. 1. – С. 42-45.
4. Тиктинский О.Л. Андрология / О.Л. Тиктинский, В.В. Михайличенко – СПб.. Медия Пресс, 1999 – 446 с.
5. Arena B. Evaluation of laparoscopy and endocervical swab in the diagnosis of *Chlamydia trachomatis* infection of the female genital tract / B. Arena., M. Casares., B.H. Valentine [et al.] // Arch. Gynecol. Obstet. – 1993. – V. 253, № 1. – P. 5-7.
6. Barnes R.C. Laboratory Diagnosis of Human Chlamydial Infections / R.C. Barnes // Clin Microbiology Reviews. – 1989. – V. 128. – P. 119-136
7. Lucisano A. Chlamydial genital infections and laparoscopic findings in infertile women / A. Lucisano, G. Morandotti, R. Marana [et al.] // Eur. J. Epidemiol. – 1992. – V. 8, № 5. – P. 645-9